Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)"

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*07.05.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	███

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 2
  - Thomas Lampert
- Abt.3
  - Osamah Hamouda
- FG12
  - ███
- FG14
  - ███
  - ███
- FG 32
  - ███
  - ███
  - ███
- FG36
  - ███
- FG37
  - ███
- IBBS
  - ███
  - ███
- Presse
  - ███
- ZBS1
  - ███
  - ███
- ZIG1
  - ███
- BZGA
  - ███
- Bundeswehr
  - ███

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) o Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ USA weiterhin am stärksten betroffen, seit April leichter Rückgang o Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage ▪ Starke Zunahme in Brasilien und Russland, in Brasilien auch sehr viele Todesfälle o Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag ▪ Die Lage in Asien und Afrika entwickelt sich, auch wenn die berichteten Fallzahlen nicht so hoch sind. o Gesamtzahl der Todesfälle in EU ▪ Die meisten Todesfälle gab es in UK, Italien, Spanien und Frankreich und auch in Belgien (mehr als 8000 Todesfälle), obwohl es ein relativ kleines Land ist. ▪ Seit 3 Wochen sind die Todesfälle in der EU auf niedrigem Niveau. ▪ Fall-Verstorbenen Anteil in Frankreich am höchsten, Belgien hat höchste Mortalität pro 100.000 (70 Todesfälle/100.000 Einwohner) ▪ Grund für hohe Mortalität in Belgien ist, dass Todesfälle bei bestätigten COVID-Fällen, aber auch bei Verdachtsfällen gezählt wurden: in KH Fälle mit Laborbestätigung oder Thorax-CT, außerhalb des KH Fälle mit Laborbestätigung oder klinischen Kriterien für COVID-19. Mehr als die Hälfte der Fälle aus Pflegeheimen berichtet (5% bestätigt, 95% Verdachtsfälle) ▪ Keine Untersuchung zur Auswirkung der Maßnahmen auf Mortalität bekannt. ▪ Die USA zeigen ebenfalls eine sehr hohe Mortalität und Sterblichkeit bei jüngeren Menschen, Diabetes scheint eine große Rolle zu spielen. o Auch bei Ländern, die DE voraus sind im Epidemie-Verlauf ist derzeit keine deutliche zweite Welle sichtbar, allerdings z.T. immer noch unter starken Maßnahmen. **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 166.091 (+1.284), davon 7.119 (1,8%) Todesfälle (+123), Inzidenz 200/100.000 Einw., ca. 139.900 Genesene, Reproduktionszahl = 0,65 (95% KI 0,53-0,77, Stand 06.05.2020) o Fälle und Todesfälle: große Unterschiede in den BL (1,2 in MV – 15,7 in BY) , Einfluss des Alters der Bevölkerung wahrscheinlich. o	ZIG1/BZgA FG32/alle

<table>
<tr><td></td><td>

Großes Interesse an Kurve „Fälle nach übermitteltem Todesdatum“ (DESTATIS, etc.). DESTATIS geben diese Woche ihre Daten heraus und werden dazu eine Presseerklärung abgeben.
7-Tages-Inzidenz steht jetzt sehr im Fokus, im Lagebericht und Dashboard schon lange berichtet. Wird jetzt z.T. auch von anderen berechnet.
Qualitative Daten zur Unterfütterung der Inzidenzdaten werden zusammengetragen und weitergeleitet.
Befürchtet wird politischer Druck auf GÄ, was wiederum ggf. das Testverhalten negativ beeinflusst.
Die Tabelle „Übermittelte Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen“ wird überarbeitet, diff. nach neuer Gesetzesgrundlage in Kita vs. Schule etc. Wichtig ist, dass die GÄ die Daten in SurvNet eintragen.
DIVI: Kapazitäten weiterhin vorhanden, Patientenanzahl geht langsam zurück
Kapazitäten für die Durchführung von Infektionsschutzmaßnahmen: Presse hat über BMI (Lagebericht oder Leak?) die Kapazitätendarstellung erhalten. Presseanfrage dazu und zu Containment Scouts heute früh. Darstellung war nicht für die Öffentlichkeit gedacht. BMG sollte schriftlich gefragt werden wie wir damit umgehen sollen, BMG sollte das mit dem BMI klären, ggf. auch in AGI klären.

ToDo: LZ fragt schriftlich beim BMG an.

Amtshilfeersuchen:


</td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>Internationales (nur freitags)
Nicht besprochen</td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td>Update digitale Projekte (nur montags)
Nicht besprochen</td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td>Neues aus der Wissenschaft
SARS-CoV-2 receptor ACE2 is an interferon-stimulated gene in human airway epithelial cells and is detected in specific cell subsets across tissues (Folien hier)</td><td>FG12</td></tr>
</table>

	o SARS-CoV-2 Spikeprotein (S) bindet an ACE2 noch effizienter als SARS-CoV S. Typ II Serinprotease TMPRSS2 spaltet S, ermöglicht Eintritt in Zelle. o Ziel der Studie: Identifizierung der ACE2-exprimierenden Zellen und in welchen Zellen Coexpression (ACE2+/TMPRSS2+) o Analyse von Singe-cell RNA-sequencing data sets o Lungengewebe: Zilienzellen und Typ 2 Pneumozyten sind ACE2+/TMPRSS2+ o Epithelien der oberen Atemwege: sekretorische Becherzellen sind ACE2+/TMPRSS2+ - u.U. Erklärung für Anosmie o Zusätzlich ACE2 und TMPRSS2 Coexpression im Ileum o Interferonantwort (Hochregulierung von IFN-stimulierten Genen) wurde betrachtet: Behandlung humaner primärer Zellen (z.T. infiziert mit Influenza) mit IFN hat zu Hochregulierung von ACE2 geführt, dadurch ggf. Verstärkung der Infektion o ACE-Hemmer laut am Di vorgestellter Studie aus NEJM protektiv o Die Bundeswehr betreibt einen Journal Club: Pool von Personen, die die Literatur scannen und Kurzzusammenfassungen schreiben, bei Interesse aus dem Krisenstab sollte ███ direkt kontaktiert werden.	FG14
	• Aerosole in Alltagssituationen (Folien hier) o Influenza wurde in Aerosolen des Atems nachgewiesen. o Künstlich hergestelltes Aerosol (mit SARS-CoV-2 / SARS-CoV) in etwa 3h in der Luft stabil, Tröpfchenkerne sinken langsam ab. o MERS in Aerosolen: Office-Bedingungen: 25 °C, 79%RH -> 60% verbleibend nach 60 Minuten; 38°C, 24 % RH -> 4,7% verbleibend nach 60 Minuten. o Technische Arbeit mit beheiztem Dummy und künstlicher Lungen: Aerosole bei normalem Sprechen ca. 1,5 m weit nachweisbar, bei höherer Luftfeuchtigkeit verhalten sie sich anders, werden langsamer leichter o Aerosolemmission sehr unterschiedlich zw. Menschen, höhere Lautstärke = größere Aerosolproduktion, untergeordnete Rolle von versch. Sprachen o Natürliche Belüftung/hohe Luftaustauschrate kann Infektionsrisiko absenken. o Umgebungskontamination durch Aerosole spielen im Büro wahrscheinlich keine große Rolle. o Fazit: >1,5 m sollte bei normaler Sprechlautstärke in gut belüftetem Raum ausreichend sein, bei lautem Sprechen oder Singen (tief einatmen) ggf. Abstand nicht ausreichend (Chorprobe mit Abstand 2,5h geprobt trotzdem viele infiziert). o Aufruf wichtige neue Infos über SARS-CoV-2 an ███ zu senden, damit der Steckbrief aktuell gehalten werden kann.	FG36
	• In Papier, das sich mit Aerosolfreisetzungen bei Zahnärzten befasst sollte ein Satz umformuliert werden, derzeit wird	

	empfohlen nur bei bestätigten COVID-Patienten FFP2 zu tragen, sollte erweitert werden. *ToDo: [geschwärzt] spricht Änderungswunsch mit FG14 ab.*	
5	**Aktuelle Risikobewertung** • Wird Montag besprochen.	
6	**Kommunikation** **BZgA** • [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] **Presse** • Heute war vorerst das letzte regelmäßige Pressebriefing – ab jetzt nur anlassbezogen • Testzahlen sind in Presse nicht weiter aufgegriffen worden • Auf Internetseite wird Dashboard in Übersicht nehmen Strategiepapiere zusammenfassen unter Strategie- und Krisenpläne • Dank für Unterlagen zur Schulung der Containment-Scouts, ärztliches Personal und Gesundheitsaufseher wurden damit geschult, zudem Schulung der Militär-Musiker	BZgA/VPräs/ FG32 Presse Bundeswehr
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Neuer Grenzwert der Bundesregierung: 50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohnern ○ In EpiLag besprochen (wo zu finden, wer berechnet), qualitative Ergänzung der Zahlen, Automatismen und Formalisierungen werden nicht befürwortet. ○ In EpiLag aufgerufen von Ausbrüchen und Amtshilfeersuchen zu berichten, sowie die Informationen für die Fälle in Meldesoftware vollständig auszufüllen. ○ Aufgabe aus dem BMG: Wert 35/100.000 Einwohner (5 Fälle pro Tag, pro 7 Tage) ist vom BKAmt gewünscht, Schwelle soll in Karten abgebildet sein. Warnwert bevor die Schwelle 50/100.000 Einwohner mit den automatischen Maßnahmen erreicht wird. ○ Besser ist es keine unterschiedlichen Karten zu verteilen. Ggf. ergänzen zu bisheriger Systematik, oder Skala etwas anpassen. Es sollte aber bedacht werden, dass daraus auch Vorwurf gemacht werden könnte.	FG32

	ToDo: Abbildung mit zusätzlicher Schwelle von 35/100.000 wird von FG32 und [geschwärzt] erarbeitet . **b) RKI-intern** • Indikatoren für innerdeutsche Mobilität: o Im Beschluss von gestern steht, dass Mobilität ggf. eingeschränkt wird. o Bis jetzt ist vorgesehen zu betrachten was passiert lokal, wie ist das Geschehen auf Landesebene. Wenn aber die Einschränkungen der Mobilität aufgehoben werden und Urlaubsreisen wieder möglich werden, kann man ein Geschehen ggf. nicht durch die Inzidenz an dem Ort oder im angrenzenden LK erkennen, sondern Fälle sind u.U. verteilt über DE. o Wichtig ist dabei, dass die Quellen/Expositionsorte möglichst gut abgebildet und dokumentiert werden. o Cluster sollten gut erfasst und verortet werden, unterhalb der LK-Ebene o IfSG-Änderungen: Gesetz geht erst am 15.05. in die Abstimmung im Bundestag und tritt wahrscheinlich erst Ende Mai in Kraft, unklar, ob Änderungen jetzt schon in SurvNet umgesetzt werden können, ggf. wird das Programm vorbereitet, dass es schnell aktualisiert werden kann. o Die Juristen unterscheiden zwischen Infektionsquellen und Infektionsrisiko – Infektionsquelle muss sehr definierter Ort sein (mit genauer Adresse), Infektionsumfeld (im Einzelhandel, Gastronomie, Nahverkehr) wird mit Gesetzesänderung aufgenommen o Cluster werden erfasst. Zu Beginn der Epidemie konnten Ausbrüche nicht gut angelegt werden oder wurden zu groß für das Programm. Inzwischen wurde die Cluster-Erfassung erleichtert. Heute wird Vorschlag zur Anpassung von SurvNet an FG31, FG36 und FG37 zur Kommentierung versendet. o Setting als Zusatzinfo (von FG37 schon für KKH betrachtet) wird so operationalisiert, dass es auch in Linelist (für Lagebericht etc.) verfügbar ist.	FG36
	• Strategie-Ergänzung o [geschwärzt] o [geschwärzt] o Es gibt einen breiten Konsens zur Lockerung der Maßnahmen (Leopoldina etc.), aber wichtig zu transportieren, was das Ziel ist, dass weiter aufmerksam beobachtet werden muss und	VPräs/alle

<table>
<tr><td></td><td>
Abstandsregeln eingehalten werden müssen. Insgesamt ist es eine neue Strategie, die auch kommuniziert werden sollte.

Ziel ist Fallzahlen durch Containment-Maßnahmen auf einem Niveau zu halten, damit das Geschehen zu bewältigen ist. Mischung zwischen seriellem Handeln und „Hammer and Dance“
Die Veränderung des Flussdiagramms ist ein guter Zeitpunkt auch eine neue Strategie vorzustellen.
Die Notwendigkeit des früheren Erkennens kann stärker beleuchtet werden und spielt in verschiedenen Bereichen eine Rolle (Aufgaben der GÄ, Öffnung der Kitas und Schulen). Eine fachliche Erläuterung ist notwendig, damit alle wissen was politisch beschlossen werden muss. Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche und die Verantwortung der Bevölkerung
Strategie-Ergänzung muss mit BMG abgestimmt werden.

ToDo: FG36 bereitet bis nächste Woche eine erste Version der Ergänzung zum Strategiepapier vor.
</td><td></td></tr>
<tr><td>8</td><td>
Dokumente

Papier für Gemeinschaftsunterkünfte
Es gab viele Rückmeldungen aus den BL und wird heute in der AGI besprochen. Es gibt einige kritische Punkte, insbesondere bei Unterbringung der Menschen in kleinen Gruppen, bzw. stärkere Separierung aus Präventionsgründen. Es gibt Rechtsurteile von Einzelnen, die geklagt haben. Wunsch von Saarland den Prozess zu stoppen.
EpiBull-Artikel zu Temperaturscreenings am Flughäfen
Soll sehr schnell veröffentlicht werden, geht an den gesamten Verteiler Krisenstab zur Kommentierung.
Differenzierung der Risikofaktoren im Steckbrief
Regelmäßig wird die Frage nach Differenzierung der Risikogruppen aufgeworfen (z.B. gering, mittel, stark erhöhtes Risiko). Frage bzgl. Personen, die in Kitas und Schulen tätig sind und Frage zum Umgang mit Risikofaktoren in Altenheimen.
In ICOSARI werden Daten zu Vorerkrankungen ausgewertet, Kollektiv ist aber begrenzt, da derzeit Rückgang der Fälle
Kleinteiliger auch mit sehr großer Multicenterstudie nicht zu beantworten.
Risikobewertung dient der Darstellung wer prinzipiell ein erhöhtes Risiko hat (vgl. Impfung) und nicht dem individuellen Risiko einer Person, dies muss vor Ort durch Arbeitsmediziner bewertet werden
Veranstaltungspapier:
Sollte überarbeitet werden, keine feste Personengröße, Charakteristik der Veranstaltung, Abstandsregeln und Dokumentation der TN sollen aufgenommen werden.

</td><td>FG32</td></tr>
<tr><td>7</td><td>Labordiagnostik</td><td>ZBS1</td></tr>
</table>

	• ZBS1: Seit Montag 400 Proben untersucht, 30 Proben SARS-CoV-2 positiv getestet. • FG12: Gestern keine Proben und heute 10 Proben untersucht, keine positiv für SARS-CoV-2. • Abt.2: ○ ○ Weiterhin Testung von 20.000 an 350 Orten in DE geplant. Im ersten Zug Testung an 60 Sample Points innerhalb von 2 Wochen, verteilt über DE. Im Laufe des Juni werden erste Zwischenergebnisse erwartet. ○ Zusätzlich Vernetzung mit verschiedenen Partnern: Es gibt viele Projekte auf Gemeindeebene und von anderen Institutionen, Versuch die Ergebnisse ggf. zusammenzufügen. • FG37: ○ ○ Zunächst wird mit GA getestet (vom GA im Rahmen des Ausbruchs angeordnet). ○ Wenn Ethikvotum vorhanden und Datenschutz geklärt, wird in zweiter Phase getestet.	FG12 AL2 FG37
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Neue Strategie für Entlasskriterien ○ Derzeitige Variante basiert auf zeitlichen und symptombasierten Kriterien. Viele Nachfragen zu verlängerten RNA-Positivität bei HCW, Immunität bzw. genesene Patienten, die wieder in KKH aufgenommen und erneut SARS-CoV-2-RNA-positiv getestet werden ○ Serologische Kriterien sollten ggf. auch in Kriterien für Entisolierung aufgenommen werden ○ Anzucht wird von 200 Proben durchgeführt (mit z.T. geringen Ct-Werten), werden 7 Tage kultiviert. In ca. 2 Wochen endgültige Aussage möglich. ○ Serologie nicht von allen Patienten vorhanden, aber Qualität der serolog. Teste sehr unterschiedlich, Ergebnisse von außen schwer einzuschätzen. ○ Graphische Aufarbeitung der Entlasskriterien wird erstmal nicht veröffentlicht. • Gestrige Diskussion über rasch abfallende IgG-Werte ○ 130 Plasmaproben, PCR-positiv wurden getestet, abfallende IgG-Werte – Angebot die Proben in ZBS1 zu testen (NT) ○ Einordnung zu Einsatz von HCW am Patienten: Es sollte geprüft werden, ob HCW, die die Erkrankung durchgemacht haben, aufgrund eines fraglichen Schutzes ggf. als KP3 betrachtet werden und Selbstmonitoring machen sollten ○ Untersuchungen zu T-Zell-Immunität bei am BCRT/Charité.	IBBS/ZBS1/ FG36/FG37

	• Geplantes Surveillance-System mit Charité über Webcast benötigt noch Datenschutz-Clearing. Apps haben allerdings höhere Priorität. Schwierig den Partnern zu vermitteln.	
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
10	**Surveillance** • Nicht besprochen	
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • ██████ (s.o.)	FG32
14	**Information aus dem Lagezentrum** • Statistik Lagenzentrum (nicht besprochen)	FG32
15	**Wichtige Termine** • AGI TK • TK der AG IGV-benannte Flughäfen	alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Samstag, 09.05.2020, 11:00 Uhr, via ██	